IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ**
(NR 26)
z dnia 15 grudnia 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 26)

15 grudnia 2021 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat możliwości wsparcia społecznego, socjalnego oraz zdrowotnego osób starszych z niepełnosprawnościami;

– rozpatrzenie informacji prezesa Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli „Rehabilitacja lecznicza realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej".

W posiedzeniu udział wzięli: **Stanisław Szwed** sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Czucha** dyrektor Departamentu Kontroli Wewnętrznej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, **Elżbieta Dobrowolska** dyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wraz ze współpracownikami, **Krystyna Łakomska** kierownik Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej i Hospicyjnej oraz Stomatologicznej Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Paweł Masiarz** zastępca dyrektora Departamentu Innowacji Ministerstwa Zdrowia, **Mirosław Miłoń** p.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli, **Dariusz Poznański** dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Piotr Winciunas** dyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego, naczelny lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **dr n. med. Rafał Sapuła** stały doradca Komisji oraz **Monika Bednarek** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska**, **Grażyna Kućmierowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dzień dobry. Otwieram posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Witam serdecznie państwa posłów pracujących w Komisji oraz witam gości: pana Stanisława Szweda sekretarza stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej, panią Lidię Ułanowską dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej, panią Beatę Stanibułę głównego specjalistę w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Witam serdecznie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia: pana Dariusza Poznańskiego dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia, pana Pawła Masiarza zastępcę dyrektora Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia, pana Jakuba Kubackiego głównego specjalistę w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia. Witam równie serdecznie przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia panią Krystynę Łakomską kierownika Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej i Hospicyjnej oraz Stomatologicznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam również przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli pana Mirosława Miłonia pełniącego obowiązki wicedyrektora w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli. Witam także przedstawicieli Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: panią Elżbietę Dobrowolską dyrektora Departamentu Prewencji i Rehabilitacji, pana Zbigniewa Czucha dyrektora Departamentu Kontroli Wewnętrznej, panią Annę Sójkę

wicedyrektora Departamentu Prewencji i Rehabilitacji oraz pana Piotra Winciunasa naczelnego lekarza. Mam nadzieję, że poprawnie wymówiłam nazwisko?

Dyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego, naczelny lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Piotr Winciunas:

Tak.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję. Naczelnego lekarza zakładu, dyrektora Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego. Witam pana doktora Rafała Sapułę stałego eksperta Komisji Polityki Senioralnej, a także pana Jerzego Płókarza z Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Witam państwa raz jeszcze.

Wszyscy państwo posłowie otrzymaliście zawiadomienie o posiedzeniu. W porządku dzisiejszego posiedzenia Komisji mamy dwa punkty, są to: rozpatrzenie informacji na temat możliwości wsparcia społecznego, socjalnego oraz zdrowotnego osób starszych z niepełnosprawnościami, a także rozpatrzenie informacji prezesa Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli „Rehabilitacja lecznicza, realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej".

Czy są pytania do porządku dziennego? Nie słyszę, państwo posłowie nie zgłaszają. Stwierdzam zatem przyjęcie porządku dziennego oraz protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Bardzo proszę pana ministra Stanisława Szweda o przedstawienie informacji na temat możliwości wsparcia społecznego, socjalnego oraz zdrowotnego osób starszych z niepełnosprawnościami. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej Stanisław Szwed:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, oczywiście przedstawię informacje dotyczące osób niepełnosprawnych dotyczące naszego ministerstwa, a o część zdrowotną to Ministerstwo Zdrowia uzupełni ten materiał.

Dla nas taką najważniejszą informacją, którą można dzisiaj państwu przedstawić, to jest wzrost nakładów na wsparcie osób niepełnosprawnych i jeżeli porównalibyśmy to z rokiem 2015, gdzie to wsparcie było na poziomie niespełna 14 mld zł, to dzisiaj mówimy o kwocie 32 mld zł w różnych programach. Ten szereg działań, które podejmowaliśmy, miał na celu, aby w znaczny sposób poprawić sytuację osób niepełnosprawnych. W tym dwa dokumenty, czyli strategia na rzecz osób z niepełnosprawnościami przyjęta do roku 2030, materiał, który jest takim materiałem wiodącym, jak również oczywiście ustawa o rehabilitacji osób niepełnosprawnych, która w Państwowym Funduszu Osób Niepełnosprawnych może też spełniać rolę funduszu, który wspomaga osoby niepełnosprawne. Oczywiście to, co też będzie wynikało z dalszej mojej wypowiedzi, powstanie Funduszu Solidarnościowego, który też w znaczny sposób wspomógł osoby niepełnosprawne. Jest jeszcze jeden program „Program Dostępność Plus", który też ma określone środki, mówimy łącznie o kwocie w najbliższych latach 25 mld zł, które będą przeznaczone na poprawę sytuacji osób niepełnosprawnych.

Podam kilka przykładów tych programów, które są realizowane, oczywiście jeżeli będzie potrzeba to uzupełnimy. Myślę, że z takich wiodących programów dotyczących wsparcia właśnie środkami, które w tej chwili są przeznaczone na wsparcie osób niepełnosprawnych, to chcę przypomnieć o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, to jest kwota 500 zł. Ten program się rozwija, z ostatnich danych, które mamy, 715 tys. osób skorzystało z tego świadczenia. Przypomnę, że to jest świadczenie, które może uzupełnić minimalną, najniższą emeryturę o kwotę 500 zł do kwoty 1772 zł, albo jest też zastosowany mechanizm złotówka za złotówkę, jeżeli ktoś przekracza kwotę minimalnej emerytury, to o tyle ma pomniejszone to świadczenie. Jak powiedziałem, ponad 715 tys. osób z niego skorzystało, ponad 3,5 mld zł przeznaczyliśmy do tej pory na to świadczenie i też środki mamy zapewnione w Funduszu Solidarnościowym. Myślę, że to jest bardzo dobra forma wsparcia osób niesamodzielnych i tutaj w tej grupie osoby, które są niepełnosprawne też oczywiście mogą korzystać z tego wsparcia.

Następnie te działania, które też podejmują w zakresie pomocy społecznej, czyli m.in. wsparcie dotyczące funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy, ich z roku na rok przybywa, o tym już też wielokrotnie na naszej Komisji mówiliśmy, czy mieszkania chronione, czy kwestia związana z rodzinnymi domami pomocy, czy kwestia również innych działań, które podejmowaliśmy w zakresie osób niepełnosprawnych, osób starszych.

Jeśli chodzi o kwestie związane ze środkami, które możemy wykorzystywać poprzez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, to kilka takich danych. Jeśli chodzi o jedno z takich podstawowych działań, czyli możliwości korzystania z turnusów rehabilitacyjnych – mamy dane oczywiście za rok 2020 – ponad 55 mln zł środków przeznaczyliśmy dla ponad 47 tys. osób. Jeśli chodzi o drugi komponent również z funduszu PFRON-owskiego, zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny, to ponad 10 mln zł dla ponad 5800 osób. Likwidacja barier architektonicznych w komunikowaniu się, to jest kwestia też z PFRON-u, prawie 98 mln zł dla ponad 25 tys. osób. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, tutaj też kwota, którą przeznaczamy na wsparcie osób niepełnosprawnych, to ponad 184 mln zł dla 192 tys. osób. Jeszcze jedna taka pozycja, usługi tłumacza języka migowego lub tłumacza przewodnika, to w tym zakresie również PFRON przeznaczył ponad 59 tys. zł dla 48 osób. Pokazuje to tylko wybiórczo te działania, które są podejmowane przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Jeśli chodzi o działania, które też w ramach naszego ministerstwa w ostatnim czasie się dzieją, to m.in. powoływane i tworzone centra opiekuńczo-mieszkalne. Jest to też komponent, który jest skierowany do samorządów, i tutaj też w tym zakresie rozwijamy ten program też przeznaczając odpowiednie środki i w tym roku tych środków przeznaczyliśmy ponad 92 mln, zatwierdziliśmy 40 wniosków. Jeśli chodzi o ten rok, to już jest 80 mln, 29 wniosków zatwierdzonych. Czyli łącznie tutaj też na ten cel przeznaczamy ponad 100 mln zł.

Warto też powiedzieć o nowych programach czy o kontynuacji programów, które są bardzo potrzebne w stosunku do osób niepełnosprawnych. Jest to zarówno kwestia dotycząca programów opieki wytchnieniowej i też w ramach tego programu jest uruchamiana kolejna edycja. Nabór wniosków przy opiece wytchnieniowej jest już zamknięty. Zakładaliśmy, że w przyszłym roku to będzie kwota 50 mln zł, ale ze względu na to, że było duże zainteresowanie, do programu zgłosiło się prawie 700 gmin, łącznie na ponad 60 mln zł i taką kwotę zapewnimy na ten program.

Jeżeli chodzi o program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej", jak również „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami", to zakładaliśmy kwotę 150 mln zł. Wiemy, że zapotrzebowanie jest o wiele wyższe, jest już decyzja, wczoraj o tym mówił pan minister Paweł Wdówik, że kwota łącznie na te dwa programy wyniesie ponad 600 mln zł. Czyli dodatkowe środki, które będą wspierały osoby z niepełnosprawnościami. Myślę, że to też jest bardzo dobra wiadomość dla osób, które z tych programów będą korzystały. Czyli nie zamykamy programu, wnioski można jeszcze składać do końca roku, ale to wynika też z tego, że jest duże zapotrzebowanie na te środki, o których tutaj państwu mówię.

Podsumowując, jak już powiedziałem na początku, mówiąc o wszystkich programach, które są skierowane do seniorów, bo przecież też osoby niepełnosprawne z tego korzystają, jest szereg działań, które podjęliśmy, wspomagamy osoby niepełnosprawne, tworząc możliwość lepszego funkcjonowania, ale też znaczne środki finansowe, które przeznaczyliśmy i przeznaczamy na wsparcie osób niepełnosprawnych. Oczywiście wspomnę jeszcze o ostatniej decyzji pana premiera Mateusza Morawieckiego, który z dodatkowych środków jeszcze w tym roku przeznaczył 1 mld zł na wsparcie osób niepełnosprawnych, w tym 800 milionów będzie wykorzystane przez Państwowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych, a 200 mln będzie wykorzystane na stworzenie wypożyczalni sprzętu dla osób niepełnosprawnych. Czyli dodatkowy miliard złotych jeszcze z tych środków też będzie przeznaczony dla osób niepełnosprawnych. Pani przewodnicząca, to tyle w telegraficznym skrócie. Państwo otrzymaliście szeroki materiał, a my jesteśmy do państwa dyspozycji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze za przedstawienie informacji. Rzeczywiście jest tak, że tworzymy systemowe wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami, w tym dla seniorów i te kwoty przeznaczane na wsparcie są naprawdę duże. Przypomnę tylko, że w 2015 r. to było 14 mld, obecnie to 32 mld zł, więc już te kwoty mówią same za siebie. Dziękuję za szczegółową informację.

Bardzo proszę o uzupełnienie przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia. Będzie to pan Dariusz Poznański, dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, jeśli chodzi o aspekt zdrowotny, to przedstawię informację o najważniejszych działaniach Ministerstwa Zdrowia, które wpisują się w ułatwienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej zarówno osobom wprost posiadającym udokumentowaną niepełnosprawność, ale też, tak jak pan minister Szwed wspominał, które są w starszym wieku, ale w tej grupie wiekowej też niepełnosprawność jest istotnym problemem i też z tych świadczeń mogą oczywiście korzystać. Przepisy z zakresu ochrony zdrowia są dedykowane ogółowi społeczeństwa i właśnie ich charakter jest niedyskryminacyjny, to znaczy dla nas najważniejszy jest stan zdrowia danej osoby, niekoniecznie właśnie tutaj aspekty formalne niepełnosprawności lub nie posiadania takiego dokumentu poświadczającego formalnie taki status. Natomiast jest szereg narzędzi i rozwiązań, które wprost odnoszą się właśnie do osób, które posiadają takie uprawnienia. Właśnie celem wyróżnienia tej grupy pacjentów została wprowadzona do stanu prawnego ustawa z 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności. Ta ustawa daje przede wszystkim uprawnienia osobom o znacznym stopniu niepełnosprawności do dostępu do rehabilitacji leczniczej poza kolejnością przyjęć, poza ogólną kolejką, i te świadczenia są też finansowane w sposób bezlimitowy przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Tutaj widzimy po statystykach, że korzystanie z tych świadczeń rośnie w 2020 r. Właśnie osoby z różnymi tytułami czy dokumentami poświadczającymi niepełnosprawność z rehabilitacji leczniczej skorzystało 74 tys. pacjentów, a z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych właśnie w tym trybie poza kolejnością bez limitu 33 tys. pacjentów. Natomiast ta liczba rośnie i widzimy, że to już jest w tym roku ponad 100 tys. pacjentów. Wartość rozliczonych świadczeń, to było w 2020 r. ponad 273 mln zł, natomiast w tym roku widzimy, że to jest już zależnie od zakresu świadczeń 164 i 142 mln zł jakby przeznaczane tylko i wyłącznie na tę ustawę. Oczywiście poza, nazwijmy to, normalną rehabilitacją, która jest dostępna dla każdej osoby, która takich świadczeń opieki zdrowotnej wymaga.

Ustawa wprowadziła również ułatwienie, jeżeli chodzi o dostępność dla osób z tymi dodatkowymi uprawnieniami, do wyrobów medycznych. Jeżeli popatrzymy na grupę wiekową osób powyżej 60 roku życia, to liczba pacjentów, którzy korzystają właśnie z tego zwiększonego dostępu do wyrobów medycznych, to w 2019 było 59 tys. osób, w zeszłym roku 91 tys. osób, a w pierwszym półroczu 2021 r. było to już prawie 80 tys. osób, czyli możemy się spodziewać w tym roku około 150–160 tys. osób. Kwota przeznaczana na te dodatkowe wyroby medyczne: dwa lata temu było to 97 mln, w zeszłym roku 150 mln, a w chwili obecnej wyroby medyczne są sfinansowane już na poziomie 354 mln zł, więc jest to 3,5-krotność kwoty z 2019 r. Czyli widzimy, że tutaj jest duże zainteresowanie i wykorzystywanie tych dodatkowych uprawnień, z czego się bardzo cieszymy.

Poza tą ustawą, o której mówiłem, jest też wprowadzony specjalny program Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych. Jest to program finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego, tutaj w 2020 r., to też jeszcze dodatkowo jest ścieżka rehabilitacyjna dla osób, które posiadają status osoby niepełnosprawnej. Na ten program dla 8,5 tys. pacjentów NFZ przeznaczył w ubiegłym roku kwotę 8 mln zł. Najwięcej pacjentów skorzystało w województwach: małopolskim, podkarpackim, wielkopolskim, śląskim i pomorskim.

Jeżeli chodzi o takie świadczenia, które też jakby są charakterystyczne czy korzystają z nich osoby niepełnosprawne, to jest kwestia świadczeń opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo leczniczych dla osób, które mają ograniczone zdolności ruchowe i samodzielność, czyli posiadają 40 punktów lub mniej w skali medycznej Barthel, która właśnie opisuje taką samodzielność i zdolność do poruszania się. Na finansowanie tych świadczeń, ale też opieki paliatywnej, hospicyjnej wzrastało odpowiednio od kwoty 1 mld 600 mln w 2018 r., do kwoty 2,3 mld, więc jest to wzrost o 700 mln zł. Jeżeli chodzi o ten drugi zakres opieki zdrowotnej, to jeszcze dodatkowo 200 mln zł od 2018 r., to finansowanie rocznie się zwiększyło.

Myśląc o dostępności do świadczeń, to oczywiście nie tylko i wyłącznie kwestia kontraktu z NFZ-etem, ale takiej łatwości dostępu do korzystania już z samej infrastruktury świadczeniodawców i tutaj nasze rozporządzenia tzw. koszykowe, które określają warunki realizacji świadczeń gwarantowanych zobowiązują podmioty lecznicze, które udzielają świadczeń rehabilitacyjnych, na dostosowanie się do potrzeb osób niepełnosprawnych. Czyli obowiązkowe dostosowania obejmują: dojazdy oraz dojścia dla osób z niepełnosprawnością ruchową; poręcze, uchwyty w węzłach sanitarnych; co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych; dźwig mobilny, urządzenie techniczne umożliwiające dostanie się na wyższą kondygnację niż parter.

Z kolei, jeżeli chodzi o świadczenia, które mogą być udzielane za pomocą telemedycyny, bo to też jest takie usprawnienie, jeżeli ktoś ma po prostu problem z dotarciem do podmiotu leczniczego, to tutaj technologia bardzo nas wspiera i jest też szereg rozwiązań. Sytuacja covidowa z pewnością jeszcze przyczyniła się do upowszechnienia tych narzędzi właśnie teleinformatycznych. Oczywiście, to nie jest tak, że chcemy, żeby większość świadczeń odbywała się telemedycznie. Szukamy takiego punktu równowagi właśnie między opieką zdalną a bezpośrednim kontaktem z lekarzem, co jest bardzo ważne, żeby też te badania przedmiotowe, podmiotowe odbywały się nie wyłącznie w sposób zdalny, ale też taki stacjonarny. Tutaj są różne projekty finansowane ze środków unijnych czy w ramach norweskiego mechanizmu finansowego w poprzedniej, kończącej się perspektywie finansowej. Celami tych projektów było zmniejszanie procedur medycznych, wypracowanie modeli telemedycznych, zwiększanie dostępności do usług medycznych w kilku obszarach, jeżeli chodzi o kardiologię, geriatrię, psychiatrię, położnictwo, diabetologię, opiekę paliatywną i choroby przewlekłe. Powstały właśnie takie modele telemedyczne udzielania świadczeń w sposób zdalny w zakresie kardiologii, geriatrii, psychiatrii, diabetologii oraz chorób przewlekłych, są różne zastosowania telemonitoringu, telediabetologii, wideokonsultacji w diagnostyce itp. rozwiązania.

Mamy też duży projekt, jeżeli chodzi o dostępność świadczeń w postaci takiego projektu „Dostępność Plus dla Zdrowia". Jest to ze środków budżetu, środków unijnych i budżetu państwa w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Podstawowym celem programu jest zwiększenie dostępności podstawowej opieki zdrowotnej, medycyny rodzinnej, szpitali dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami i osób z niepełnosprawnościami. Tutaj jest zwiększenie dostępności w wymiarach: architektonicznym, cyfrowym, organizacyjnym i komunikacyjnym. Podstawowa opieka zdrowotna, przychodnie medycyny rodzinnej otrzymują granty na zakup sprzętu i innych narzędzi zwiększających dostępność, np. różnego rodzaju pętle indukcyjne, wspieramy też kursy polskiego języka migowego, podręczniki do nauki języka migowego, usługi tłumacza polskiego języka migowego on line lub elektroniczne. Podmioty uzyskują też środki na likwidację barier w zakresie dostępności architektonicznej, organizacyjnej czy cyfrowej. W chwili obecnej zawarliśmy umowy z 83 placówkami POZ-etu oraz 19 szpitalami na łączną kwotę 67 mln zł. Planowane jest skalowanie tych rozwiązań o kolejne 250 jednostek Podstawowej Opieki Zdrowotnej i 67 szpitali. Jeszcze w tym roku planowany jest kolejny nabór wniosków, bo widzimy, że tutaj zainteresowanie, ale też potrzeby są bardzo duże. Oczywiście są też różnego rodzaju formy szkoleniowe.

Jeżeli chodzi jeszcze o programy pilotażowe, to są dla osób po przebytym zakażeniu wirusowym SARS-CoV-2 ze współistniejącymi chorobami układu oddechowego, wśród których siłą rzeczy jest dużo osób w wieku starszym i osoby z niepełnosprawnościami.

Tutaj mamy takie rozwiązania jak e-stetoskop, który powstał w ramach programu Domowej Opieki Medycznej, który zakłada wykorzystanie właśnie elektronicznych stetoskopów w ramach teleporad podczas udzielania świadczeń przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i już kilkanaście tysięcy badań odbyło się w ten sposób. Wyciągamy z tego wnioski, jaka jest, że tak powiem, efektywność takich rozwiązań, ale też satysfakcja pacjentów czy ocena profesjonalistów medycznych z wykorzystywania takich narzędzi. Zastanawiamy się też, znaczy prowadzimy prace nad programem dotyczącym wykorzystania zdalnej spirometrii w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Osoby starsze i osoby niepełnosprawne mogą korzystać i korzystają z programu „Leki 75+". Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej osoby po 75. roku życia mają prawo do bezpłatnych leków z takiej specjalnej listy, która jest w obwieszczeniu refundacyjnym. Łącznie na mechanizm właśnie bezpłatnych leków dla osób uprawnionych jest przewidziany limit na lata 2015–2025 – 8,3 mld zł. Dotychczas w ciągu pięciu lat z tego programu skorzystało 3,3 mln osób starszych, które wykupiły 307 mln opakowań leków zaoszczędzając łącznie około 3 mld 200 zł i ten katalog cały czas się rozszerza, lista leków objętych tym wykazem była już ośmiokrotnie rozszerzana.

Pracujemy też oczywiście nad tym, żeby mieć jak najwięcej kadr, które są jak najlepiej przygotowane do pracy z osobami starszymi, niepełnosprawnymi, niesamodzielnymi. Cały czas są doskonalone programy specjalizacyjne dla lekarzy w 21 specjalizacjach, które najczęściej mają właśnie kontakt z osobami starszymi czy niepełnosprawnymi: interniści, geriatrzy. Zachęcamy do tworzenia takich zespołów wielospecjalistycznych, bo wiemy, że problemy zdrowotne osób starszych, to jest zagadnienie interdyscyplinarne i to dotyczy właśnie tych szkoleń zarówno kadry lekarskiej, ale też oczywiście bardzo ważnej grupy jakimi są pielęgniarki. Mamy tutaj takie liczby, jak wiele pielęgniarek skorzystało z tych kursów. Jest tutaj bardzo duże zainteresowanie i liczba pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa, które ma zastosowanie w opiece nad osobami starszymi, to 38 tys. pielęgniarek, kursy kwalifikacyjne to 83 tys. pielęgniarek. Z kolei kursy specjalistyczne, jeżeli chodzi o opiekę nad osobami starszymi z niepełnosprawnościami przewlekle chorymi, to jest 188 tys. pielęgniarek. Oczywiście też zwiększamy i udoskonalamy kompetencje innych zawodów, które się wpisują w zapewnienie właściwej opieki dla osób starszych i niepełnosprawnych, czyli fizjoterapeutów, których w chwili obecnej mamy 71 tys., czy też coraz większa liczba opiekunów medycznych. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze, za przedstawienie wyczerpującego materiału. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zadać pytanie?

Jeżeli nie ma zgłoszeń, to w takim razie pozwolę sobie zapytać pana dyrektora o jedną rzecz. Panie dyrektorze, czytając ten materiał, zapoznając się z jego treścią, zainteresowałam się danymi z tabeli nr 4, to jest sprawozdanie z rozliczenia programu rządowego Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych na rok 2020. W tym sprawozdaniu państwo piszecie, że najwięcej pacjentów skorzystało ze świadczeń w województwach: małopolskim, podkarpackim, wielkopolskim, śląskim, pomorskim – to bardzo dobrze, to cieszy. Natomiast w tabeli są dwa województwa, które nie skorzystały w ogóle z tego programu, to jest województwo kujawsko-pomorskie i lubelskie. Teraz uprzejmie proszę pana dyrektora o odpowiedź na pytanie, jaka była tego przyczyna? Czy nie wnioskowano, czy te dwa województwa nie złożyły wniosków? Podejrzewam, że tak to było, ale chciałabym usłyszeć odpowiedź na to pytanie od pana dyrektora.

Też cieszę się bardzo z tego, że w programie Leki 75+, tak jak pan powiedział, ośmiokrotnie już ta lista była rozszerzana. Oczywiście seniorzy zgłaszają się do mnie z takimi prośbami i pytaniami, kiedy ta lista będzie rozszerzona o leki, które oni stosują. Zdaję sobie z tego sprawę, że nie jest możliwe, żeby objąć tym programem wszystkie medykamenty przepisywane seniorom w wieku powyżej 75 lat. Natomiast też moje pytanie, czy, a jeżeli tak, to kiedy Ministerstwo Zdrowia planuje kolejne rozszerzenie tej listy?

Na chwilę obecną, to te dwa pytania ode mnie. Bardzo proszę o odpowiedź pana dyrektora.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dariusz Poznański:

Szanowna pani przewodnicząca, odpowiadając, na ten program świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia, myślę, że na pewno wpływ miała pandemia COVID i po prostu zaangażowanie zarówno świadczeniodawców jak i pracowników oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, ale też być może taka trochę obawa pacjentów przed korzystaniem z niektórych zakresów świadczeń. Jednak pandemia na pewno miała duży wpływ na to, że w pewnych zakresach spadła liczba pacjentów, którzy zgłaszali się do świadczeniodawców z danymi problemami. Ten program zaczął się w końcówce 2020 r., on nie funkcjonował od stycznia i to na pewno też miało wpływ, że w tamtych województwach nie udało się przeprowadzić skutecznie procedury konkursowej lub też mogła być taka sytuacja, że po prostu nie udało się w tych oddziałach wojewódzkich znaleźć świadczeniodawców, którzy jeszcze jakby mogli zwiększyć swój potencjał pod koniec roku. Ponieważ oni cały rok udzielają świadczeń na podstawie, nazwijmy to, normalnych umów koszykowych z Narodowym Funduszem Zdrowia, plus mają pacjentów, którzy są przyjmowani bez limitu i bez kolejki na podstawie właśnie tej specustawy dotyczącej osób z niepełnosprawnościami. Ten program jest takim uzupełnieniem jeszcze takim bardzo, bardzo dodatkowym, żeby się upewnić, że przypadkiem jakaś grupa nie jest gorzej traktowana. Właśnie te dane o korzystaniu z tej opieki w tych kontraktach są na pewno dla nas pewną wskazówką, jak konstruować kształt tego programu w następnych latach.

Odpowiadając na pytanie odnośnie do Leków 75+, to jest tak, jak z listą leków refundowanych, nazwijmy to, normalną. To znaczy, firmy farmaceutyczne zgłaszają się do ministerstwa z wnioskiem o objęcie refundacją danych leków i po negocjacji, ocenie efektywności w relacji nakładów do korzyści zdrowotnych takie decyzje są podejmowane. Lista leków refundowanych, nazwijmy to, normalna jest aktualizowana cyklicznie. Tak jak pani przewodnicząca powiedziała, to jest raczej pytanie kiedy, a nie czy, ta lista zostanie zmieniona. Na to pytanie nie potrafię precyzyjnie odpowiedzieć. Mój departament nie zajmuje się właśnie kwestią refundacji leków, ale jestem głęboko przekonany, bo jakby te listy żyją, są grupy limitowe, jak wchodzą nowe leki, to po prostu sytuacja się zmienia i siłą rzeczy te listy muszą być aktualizowane, jeżeli wchodzą nowe leki, które mają lepszą relację ceny do korzyści zdrowotnych. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Będę też prosić pana dyrektora, żeby był uprzejmy przekazać taką informację do Komisji odnośnie do terminu tego poszerzania listy. Jest to dla nas bardzo ważne. Bardzo dziękuję.

O głos poprosił pan doktor Rafał Sapuła, stały ekspert Komisji Polityki Senioralnej. Bardzo proszę, panie doktorze.

Stały doradca Komisji dr n. med. Rafał Sapuła:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, uzupełniając jeszcze wypowiedź pana dyrektora Poznańskiego i pytanie pani przewodniczącej chcę powiedzieć, że w oddziale lubelskim Narodowego Funduszu Zdrowia ten program ruszył w 2020 r., wprawdzie od grudnia. Być może te dane wynikają z faktu rozliczenia w 2021 r. Cieszył się naprawdę bardzo dużym zainteresowaniem ze strony osób z niepełnosprawnościami. Udało się naprawdę wielu osobom pomóc i liczymy, że Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia ten program będzie kontynuować. Tutaj też pytanie do pana dyrektora, czy ten program będzie w dalszym ciągu kontynuowany, a jeżeli tak, to kiedy? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy ktoś z państwa ma jeszcze jakieś pytanie? Nie ma. W takim razie stwierdzam, że Komisja przyjęła informację na temat możliwości wsparcia społecznego, socjalnego oraz zdrowotnego osób starszych z niepełnosprawnościami. Bardzo serdecznie dziękuję państwu, którzy zabierali głos w tym punkcie.

Przystępujemy do rozpatrzenia informacji prezesa Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli „Rehabilitacja lecznica, realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej”. Uprzejmie proszę pana Mirosława Miłonia wicedyrektora w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli o przedstawienie wyników kontroli. Bardzo proszę.

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli Mirosław Miłoń:

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, mam przyjemność zaprezentować informację o wynikach kontroli „Rehabilitacja lecznica, realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w ramach prewencji rentowej”. Kontrolą objęto centralę zakładu oraz 20 oddziałów ZUS. Zbadano m.in. czy rehabilitacja lecznicza umożliwiała powrót do pracy osobom zagrożonym powstaniem długotrwałej niezdolności do pracy lub pobierającym renty okresowe. Przeanalizowaliśmy sytuację osób po przebytej rehabilitacji leczniczej z punktu widzenia osiągania oczekiwanych efektów i ich trwałości. Badaliśmy też sposób zarządzania programem i wyboru podmiotów realizujących rehabilitację. Sprawdziliśmy ponadto przestrzeganie przepisów i procedur obowiązujących przy kierowaniu na rehabilitację. Obecnie zakład prowadzi rehabilitację leczniczą w ramach 11 profili z czego osiem w trybie stacjonarnym oraz trzy w trybie ambulatoryjnym.

W największym stopniu realizowane są profile w zakresie narządów ruchu, układu krążenia oraz układu oddechowego. W latach 2017–2019 liczba pozytywnych orzeczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej utrzymywała się na poziomie około 100 tys., a liczba osób, które odbyły rehabilitację w przedziale 86–90 tys. Mniejsza liczba osób, które odbyły rehabilitację od liczby pozytywnych orzeczeń wynikała głównie z rezygnacji (dotyczyło to około 11 tys. osób rocznie) oraz zmian terminu turnusu (dotyczyło to około 9 tys. przypadków rocznie). Zwrócić należy uwagę, że obowiązujące przepisy nie przewidują sankcji za nieusprawiedliwione niestawiennictwo w ośrodku rehabilitacyjnym.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w latach 2017–2019 liczba wydanych orzeczeń w zakresie rehabilitacji utrzymywała się na poziomie około 120 tys. rocznie. Orzeczenia wydawane były głównie na wniosek lekarza leczącego. Ich liczba zwiększyła się z 82 do 90 tys. Natomiast w coraz mniejszym stopniu osoby wymagające rehabilitacji identyfikowane były przez lekarzy orzeczników, którzy mogą wydać orzeczenie o potrzebie rehabilitacji, orzekając o okolicznościach uzasadniających przyznanie świadczenia rehabilitacyjnego, czy też w sprawie niezdolności do pracy dla celów rentowych. W znikomym stopniu wydawano orzeczenia o przekwalifikowaniu zawodowym. Ich liczba zmalała z 219 w 2017 r. do 144 w 2019 r.

W 2018 r. odnotowano 1335 przypadków kierowania na rehabilitację leczniczą osób, które pobierały lub miały ustalone prawo do emerytury, natomiast w 2019 r. odnotowano 2359 takich przypadków. Należy zauważyć, że zgodnie z obowiązującymi przepisami osobom, które mają ustalone prawo do emerytury lub spełniają warunki do jej uzyskania, nie może zostać przyznana renta z tytułu niezdolności do pracy, trudno więc w przypadku takich osób dostrzec cele rehabilitacji ZUS, jakim jest prewencja rentowa.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, nierozwiązanym a kluczowym problemem jest pogarszająca sytuacja kadrowa. Zakład mimo podejmowanych działań nie zdołał pozyskać wystarczającej liczby lekarzy orzeczników i lekarzy orzeczników członków komisji lekarskich. W latach 2018–2019 zakład przeprowadził łącznie 349 naborów, prawie połowa z nich zakończyła się niepowodzeniem. Niekorzystna jest również struktura wiekowa zatrudnionych lekarzy. Średni wiek lekarzy, członków komisji lekarskiej, według stanu na 3 marca 2020 r. wyniósł 61 lat, natomiast lekarzy orzeczników 60 lat. Pozyskiwanie etatów odbywało się częściowo poprzez ponowne zatrudnienie lekarzy, którzy skorzystali z usprawnień emerytalnych i rozwiązali umowę o pracę oraz podwyższania wymiaru etatu już zatrudnionym lekarzom, co wskazuje, że sytuacja będzie ulegać dalszemu pogorszeniu w kolejnych latach.

Niewystarczającej obsadzie kadrowej towarzyszyło zwiększenie liczby wydawanych orzeczeń. Konsekwencją tego było m.in. znaczne skrócenie czasu na wydawanie orzeczeń

oraz zalecenie do ich wydawania na podstawie zgromadzonych dokumentów z pominięciem bezpośredniego badania. We wrześniu 2017 r., a następnie w październiku 2019 r. naczelny lekarz zakładu skrócił przedział czasowy na rozpatrzenie spraw dotyczących wydawania orzeczeń z 30 na 15 minut w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz z 60 na 30 minut w sprawach, w których orzeczenie miało zostać wydane po przeprowadzeniu bezpośredniego badania. Taka praktyka rodzi ryzyka, co do rzetelności i skuteczności procesu rehabilitacji leczniczej. Dokładne zapoznanie się ze stanem zdrowotnym pacjenta, z dysfunkcjami jego organizmu zagrażającymi całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, zapoznanie się z dokumentacją medyczną, określenie ewentualnego zakresu uzupełnienia tej dokumentacji np. o opinie specjalistów i w konsekwencji dobranie właściwej ścieżki rehabilitacji wymaga określonego czasu. Zasadne jest wskazanie, że orzekanie na podstawie bezpośredniego badania sprzyja bardziej trafnej i skutecznej diagnozie w porównaniu z orzeczeniem na podstawie zgromadzonej dokumentacji. Z ustaleń kontroli wynika, że zakład dostrzega istotne ryzyka w tym obszarze. Na problem ten zwrócono uwagę w oświadczeniu o stanie kontroli zarządczej prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za rok 2018, 2019 i 2020.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w latach 2017–2019 wydłużył się średni czas oczekiwania na rehabilitację w dziewięciu z 11 realizowanych profili leczniczych, a rehabilitacja w profilach innych niż narządu ruchu była realizowana w coraz mniejszym stopniu. Średni okres oczekiwania na rehabilitację leczniczą od złożenia wniosku do rozpoczęcia rehabilitacji wynosił 110 dni, a w skrajnych przypadkach nawet rok. Największy wzrost stwierdzono w profilu schorzeń psychosomatycznych z 73 do 134 dni oraz układu krążenia w systemie ambulatoryjnym z 59 do 93 dni. W zakresie okresu oczekiwania na rozpoczęcie rehabilitacji leczniczej czynnik czasu w większości przypadków jest kluczowy dla jej skuteczności. Dlatego też lekarz orzecznik powinien mieć możliwość skierowania pacjentów w określonych przypadkach po zabiegach do ośrodków rehabilitacyjnych tzw. szybką ścieżką, w szczególności u osób, które są po zabiegach i wskazane jest podjęcie natychmiastowej rehabilitacji. Niedochowanie zasady wczesności rozpoczęcia rehabilitacji oprócz mniejszej skuteczności w wielu przypadkach ma również skutek w postaci wcześniejszego powrotu do pracy w wyniku wielomiesięcznego oczekiwania na rehabilitację.

Główną przyczyną długiego okresu oczekiwania było niezapewnienie odpowiedniej liczby miejsc w ośrodkach rehabilitacyjnych. Wpływ na to miało m.in. nieposiadanie przez zakład własnych ośrodków rehabilitacyjnych, w odniesieniu do niektórych profili brak wystarczającej liczby oferentów spełniających wymogi zakładu. ZUS korzystał z ośrodków NFZ i ośrodków prywatnych, na ich wybór ogłaszał postępowania przetargowe. W latach 2018–2019 zakład przeprowadził 67 konkursów ofert na usługi rehabilitacyjne, z czego 11 konkursów zostało unieważnionych z powodu braku ofert, a w 18 została złożona tylko jedna oferta.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w zakresie skuteczności rehabilitacji leczniczej kontrolą objęto sprawy, w których wnioskodawca w okresie 12 miesięcy przed złożeniem wniosku nie pobierał z zakładu świadczeń z tytułu niezdolności do pracy, pobierał zasiłki chorobowe, pobierał świadczenia rehabilitacyjne lub pobierał rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. Ponadto kontrolą objęto sprawy, w których lekarz orzecznik wydał orzeczenie o braku potrzeby rehabilitacji.

W grupie 1423 spraw osób korzystających z rehabilitacji liczba dni w ciągu roku po przebytej rehabilitacji, za które ubezpieczony pobierał świadczenia z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zmniejszyła się o 23% w stosunku do liczby dni w ciągu roku przed rehabilitacją. Zmniejszeniu uległa również kwota wypłaconych świadczeń o 29%. Zwiększeniu uległa natomiast kwota odprowadzonych składek o 10%. W wyniku przebytej rehabilitacji u 67% osób stwierdzono poprawę stanu funkcjonalnego, u 31% stwierdzono brak poprawy, natomiast u około 1,5% stwierdzono pogorszenie stanu zdrowia. W ciągu roku po zakończonej rehabilitacji 56% osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu, a ze świadczeń FUS korzystało 34%. Bezrobotnymi pozostawało 6%, a na emeryturę przeszło 4% osób.

Najlepsze wyniki osiągnięto w badanej próbie spraw dotyczących osób niekorzystających ze świadczeń FUS przed rozpoczęciem rehabilitacji, co wydaje się oczywiste. W badanej próbie 360 spraw w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji prawie 84% osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu, a ze świadczeń FUS korzystało niespełna 8%. W badanej próbie 360 spraw dotyczących osób pobierających zasiłek chorobowy przed rozpoczęciem rehabilitacji 70% osób w ciągu roku po zakończeniu rehabilitacji podlegało ubezpieczeniu społecznemu, a ze świadczeń FUS korzystało 21%. Z kolei w próbie 360 spraw dotyczących osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne przed rozpoczęciem rehabilitacji w ciągu roku po jej zakończeniu ubezpieczeniu społecznemu podlegało 48%, a ze świadczeń FUS korzystało 37%. Najgorsze wyniki osiągnięto w badanej próbie 341 spraw dotyczących osób pobierających renty okresowe przed rozpoczęciem rehabilitacji. W tym przypadku tylko 20% osób podlegało ubezpieczeniu społecznemu, a ze świadczeń FUS skorzystało 70%.

Z powyższych danych wynika, że poziom skuteczności zastosowanej rehabilitacji leczniczej maleje wraz z wydłużeniem się okresu niezdolności do pracy ubezpieczonego, a najgorzej sytuacja przedstawia się w grupie osób pobierających rentę okresową z tytułu niezdolności do pracy. W trakcie kontroli kierownicy kontrolowanych jednostek zwracali uwagę, że rehabilitacja lecznicza nie spełnia roli w odniesieniu do wieloletnich rencistów, którzy wypadli z rynku pracy, nie posiadają wysokich kwalifikacji bądź przywykli do stylu życia, jakie im zapewnia stałe świadczenie z ZUS. Paradoksalnie o wiele lepsze wyniki niż w przypadku osób pobierających rentę okresową stwierdzono u osób wobec których lekarz orzecznik uznał rehabilitację za niecelową, to jest osoba po osiągnięciu rehabilitacji nie rokuje odzyskania zdolności do pracy. W badanej próbie 360 spraw w ciągu roku, w orzeczeniach o odmowie 45% badanych podlegało ubezpieczeniu społecznemu, a ze świadczeń FUS korzystało 38% ogółu badanych. Pozostałe osoby były albo bezrobotne, albo przebywały na emeryturze.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, zasadniczym celem rehabilitacji prowadzonej przez zakład jest przywrócenie ubezpieczonym zdolności do pracy, a wszelkie narzędzia oceniające skuteczność rehabilitacji muszą być z nim ściśle powiązane. Tymczasem kontrola ustaliła, że zakład nazbyt optymistycznie szacował efektywność rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej. Jej skuteczność była mierzona odsetkiem ubezpieczonych, którzy po zakończeniu rehabilitacji nie korzystali z żadnych świadczeń z FUS w okresie 12 miesięcy od daty zakończenia rehabilitacji. Według opracowania pn. „Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej w 2017 r. 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji" z 88,6 tys. osób poddanych rehabilitacji 61,4% pobierało przed rehabilitacją świadczenia z FUS, a żadnych świadczeń nie pobierało 38,6%, po przebytej rehabilitacji 53,2% nadal pobierało świadczenia z FUS. Tak więc według przyjętych przez ZUS założeń w przypadku 46,8% osób rehabilitacja okazała się skuteczna. W poszczególnych grupach objętych kontrolą sytuacja kształtowała się następująco. Liczba osób pobierających zasiłek chorobowy utrzymywała się na stałym poziomie około 20%. Liczba osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne zmniejszyła się o połowę – z 32,2% do 16,7%, a liczba osób pobierających rentę okresową prawie się podwoiła, to znaczy wzrosła z 8,5 do 16,1%.

Zwrócić należy jednak uwagę, że skoro celem rehabilitacji leczniczej jest przywrócenie zdolności do pracy, to przy obliczaniu jej skuteczności powinny być brane pod uwagę tylko te osoby, u których cel rehabilitacji został zrealizowany. Uwzględniając przyjętą metodologię przez zakład do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych zaliczane są osoby, które nie utrzymały się na rynku pracy. Dotyczy to np. osób, które pobierają zasiłek chorobowy czy też świadczenie rehabilitacyjne przez długi okres, a następnie po odbyciu rehabilitacji utraciły pracę bądź prawo do świadczeń, np. świadczenia rehabilitacyjnego. W związku z tym, że osoby te nie pobierają świadczeń z FUS są zaliczane jako skutecznie zrehabilitowane. Do grupy osób skutecznie zrehabilitowanych zaliczone są także osoby, które przeszły na emeryturę po odbytej rehabilitacji, bowiem osoby te nie pobierają wymienionych wcześniej świadczeń z FUS. Co ważne, przy dokonywaniu oceny skuteczności rehabilitacji leczniczej zakład nie brał pod uwagę także jej wyników uzyskanych w ośrodkach rehabilitacyjnych. U ogólnej liczby 88,6 osób poddanych bada-

niu bezpośrednio po przebytej rehabilitacji leczniczej w przypadku 1,4% ich stan został określony jako niezdolny do pracy, 0,9% pogorszenie i 26,2% bez zmian.

Jak wynika z ustaleń kontroli, część z tych osób mimo pogorszenia stanu zdrowia nadal pracuje i prowadzi działalność gospodarczą, dlatego też są zaliczane jako skutecznie zrehabilitowane. Budzi to wątpliwości z tego względu, że rehabilitacja nie przyczyniła się do poprawy ich stanu funkcjonalnego w aspekcie odzyskania zdolności do pracy, jednak osoby takie są zaliczane jako skutecznie zrehabilitowane. Powyższe przykłady wskazują więc, że przyjęta przez zakład metodologia pomiaru skuteczności jest nieprecyzyjna, a uzyskane wyniki nie dają rzetelnej informacji o skuteczności prewencji rentowej. W konsekwencji nie jest możliwe precyzyjne ustalenie na podstawie danych gromadzonych przez zakład, jaki odsetek osób poddanych rehabilitacji zostaje skutecznie przywrócony na rynek pracy. Skuteczność rehabilitacji leczniczej powinna odnosić się wprost do przywrócenia zdolności do pracy, co jest głównym celem rehabilitacji leczniczej.

Krytycznie w tym kontekście należy ocenić odchodzenie przez zakład od ocen podsumowujących skuteczność rehabilitacji w aspekcie odzyskania zdolności do pracy. W coraz mniejszym stopniu pozostają one w związku z odzyskaniem zdolności do pracy, zaś w coraz większym są zbieżne z ocenami wynikającymi z rehabilitacji leczniczej realizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mimo że cele tych obu systemów są różne.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w 2017 r. rząd RP podjął decyzję o rozpoczęciu prac nad reformą sytemu emerytalnego zakładającą gruntowne zmiany w systemach orzecznictwa o niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Przygotowaniem projektu zmian zajmował się międzyresortowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności oraz niezdolności do pracy powołany zarządzeniem prezesa Rady Ministrów. Zadaniem zespołu było dokonanie przeglądu systemu orzecznictwa w Polsce oraz zaproponowanie zmian.

Najwyższa Izba Kontroli na podstawie wyników przeprowadzonej kontroli stwierdziła konieczność przyspieszenia prac zmierzających do opracowania ostatecznej wersji projektu nowej ustawy, która winna w sposób spójny z obowiązującymi regulacjami określić sposób funkcjonowania obecnych systemów orzekania o niepełnosprawności i niezdolności do pracy w kontekście wskazania możliwych działań by te systemy integrować i ujednolicić, w tym kompleksowo uregulować proces rehabilitacji leczniczej. Do czasu uchwalenia nowej ustawy należy podjąć działania zmierzające między innymi do wprowadzenia odpłatności lub odpowiedzialności finansowej dla osób, które bez wystarczającego uzasadnienia rezygnują z rozpoczęcia rehabilitacji po otrzymaniu skierowania do ośrodków rehabilitacyjnych lub swoim niewłaściwym zachowaniem powodują skrócenie w nim pobytu. Uregulowania kwestii dostępu do rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej osób posiadających prawo do emerytury poprzez sprecyzowanie brzmienia art. 69 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz uregulowanie kwestii związanych z umożliwieniem określenia przez zakład w konkursach ofert na usługi rehabilitacyjne innych punktowych kryteriów oceny ofert niż cena. Jednocześnie niezbędne jest kontynuowanie działań na rzecz osiągnięcia i utrzymania odpowiedniego poziomu zatrudnienia lekarzy orzeczników i lekarzy orzeczników członków komisji lekarskich. Inne ustalenia, oceny i wnioski wynikające z kontroli NIK zawarto w informacji o wynikach kontroli. Dziękuję, to tyle z mojej strony.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję, panie dyrektorze, za przedstawienie nam informacji o wynikach kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli.

Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, zgłasza się pan poseł Zbigniew Babalski, bardzo proszę.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Panie dyrektorze, chciałem pana zapytać, żeby pan dość precyzyjnie określił, jakie mierniki stosowaliście, jako Najwyższa Izba Kontroli, stwierdzając, że rehabilitacja była niedostateczna? Pracownik przeszedł rehabilitację i uznał sam, że idzie dalej do pracy, a piszecie tutaj o bardzo dużej nieskuteczności rehabilitacji. Jakimi to miernikami posłu-

giwaliście się, żeby coś takiego zrobić? Czy te badania, czy tę kontrolę przeprowadzali też lekarze Najwyższej Izby Kontroli, robili wywiady z tymi osobami, które przechodziły tę rehabilitację? Ponieważ te stwierdzenia są, powiem panu szczerze, dość takie, powiedziałbym, wręcz odważne. Urzędnicy państwowi przeprowadzają kontrolę i stwierdzają, że oto są takie efekty rehabilitacji a nie inne, a pracownicy mimo wszystko idą do pracy. To nie wiem, to chyba – oczywiście ironizuję – pracownik powinien być ukarany, bo jeśli jest niezdolny do pracy po rehabilitacji, to nie powinien takiej rehabilitacji w ogóle podjąć. Trochę ze zdumieniem przyjmuję te twarde takie wręcz oświadczenia z waszej strony w tym protokole kontrolnym. Proszę wyjaśnić, w jaki sposób te badania przeprowadzaliście i uznaliście, że rehabilitacja jest właściwie niedostateczna w większości z tego, co pan tutaj przedstawił? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Dołączył do nas pan Konrad Miłoszewski, dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Społecznych, witamy pana dyrektora na posiedzeniu Komisji.

Dziękuję panu posłowi za to pytanie, ponieważ ono też wpisuje się w pytanie, które ja chciałam zadać panu dyrektorowi, też trochę jako osoba zawodowo zajmująca się prowadzeniem badań. Pan dyrektor był uprzejmy zakwestionować metodologię zastosowaną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w zakresie pomiaru skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych. Chciałabym również do pytania pana posła Babalskiego dołączyć swoje pytanie o metodologię, jaką zastosowała Najwyższa Izba Kontroli w zakresie pomiaru oceny skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych, bo to też mnie niezwykle interesuje.

Zgłaszał się z prośbą o zabranie głosu pan poseł Patryk Wicher. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Patryk Wicher (PiS) – spoza składu Komisji:

Przepraszam, ja tylko gościnnie, ale bardzo dziękuję pani przewodniczącej za możliwość zabrania głosu.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Serdecznie witamy pana posła.

Poseł Patryk Wicher (PiS) – spoza składu Komisji:

Dziękuję serdecznie. Panie dyrektorze, mam pytanie, ponieważ zawodowo też jestem związany z rehabilitacją w różnych zakresach, nieobca nam jest też ta prewencyjna ZUS-owska. W ogóle zastanawiam się, bo pan powiedział, że lekarze orzecznicy ZUS-owscy tylko i wyłącznie kierują, decydują czy skierować pacjenta na taką prewencję, czy nie. Natomiast oni nie określają formy jego rehabilitacji i leczenia, ponieważ dopiero pacjent, kuracjusz – w zależności od formy – który trafi do ośrodka, tam kierowany jest do lekarza, który bada go na wejściu i ustala mu cały tok rehabilitacyjny. Dopiero on mierzy, bada tego kuracjusza co kilka dni, oczywiście są dyżury codzienne, ale bada na wstępie i na zakończenie, i on może jedynie stwierdzić, czy rehabilitacja była skuteczna, czy też była nieskuteczna, i to on określa rodzaj świadczonych zabiegów i nie tylko. W związku z tym, co ma do tego lekarz orzecznik w chwili obecnej? Przecież on nie może ustalić leczenia, nie może narzucić woli lekarzowi, który odpowiada za oddział czy też za instytucję, do której dany pacjent jest kierowany. Jest to pierwsze.

Coś jest tutaj nieścisłego w tym raporcie NIK-u, tak jakby państwo nie rozróżniali tych rzeczy. Znaczy, decyzja lekarza orzecznika o skierowaniu, a wybranie formy rehabilitacji i zabiegów rehabilitacji, tak jakbyście państwo pomieszali te dwa zakresy. Chyba, że źle usłyszałem.

Jest też bardzo zasadne pytanie, kogo wy pytaliście o efekty tej rehabilitacji, bo jeżeli lekarza orzecznika, to nie za bardzo. Trzeba byłoby skierować to pytanie jakościowe do lekarza, który prowadził tego pacjenta w ośrodku i to on może ocenić, w jakiej sytuacji i kondycji jest pacjent na wejściu i na wyjściu. Natomiast podkreślę, że rehabilitacja to nie jest cudotwórstwo, i też podkreślę, że rehabilitacja czasami intensywna pomaga po złamaniach, zwichnięciach czy ewentualnie po jakiś urazach – to może być szybka rehabilitacja. Jednak są też takie przypadki, gdzie rehabilitacja może być długoterminowa, długotrwała i niekoniecznie w ciągu 20 kilku dni osiągnie się zamierzane efekty,

to jest czasami nawet nierealne po jakichś głębszych urazach czy po sytuacjach bardziej skomplikowanych. W związku z tym, tyle i aż tyle pytań do pana dyrektora. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Dobrze, to w tej kolejności: pan doktor Rafał Sapuła, ale to za chwileczkę, i pan Jerzy Płókarz.

Szanowni państwo do materiału przygotowanego przez Najwyższą Izbę Kontroli mamy dołączone stanowisko Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, stanowisko ponad 20-stronicowe. Chciałabym też zapytać, bo chcę wiedzieć wcześniej, czy ktoś z państwa z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest upoważniony, żeby też do tego się odnieść? Wtedy poproszę o zgłoszenie się, ale najpierw zakończymy serię pytań i poczekamy na odpowiedź pana dyrektora z Najwyższej Izby Kontroli.

Proszę pan doktor Rafał Sapuła.

Stały doradca Komisji dr n. med. Rafał Sapuła:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, szanowny panie dyrektorze, chciałbym zabrać głos z punktu widzenia lekarza, m.in. lekarza specjalisty rehabilitacji, bo też tych pacjentów na prewencję rentową kieruję. Muszę powiedzieć, że akurat, jeżeli chodzi o prewencję rentową, to dokumentacja, którą mają podmioty prowadzące tę prewencję rentową, jest najlepszą z dostępnych dokumentacji. Mamy tam jasną informację: o stanie pacjenta, o poczynionych postępach, o zakresie ruchu, o sile mięśniowej. Jest pełne badanie z konkretnymi efektami. Ośrodki, które są wybierane do tej prewencji rentowej, też podlegają bardzo ostrym kryteriom. Ze swojego punktu widzenia, widzę bardzo dużą skuteczność kliniczną tego postępowania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję, panie doktorze. Proszę o pytanie pana Jerzego Płókarza.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, szanowni państwo, panie dyrektorze, pojawiło się takie stwierdzenie, które pan powiedział, że należałoby obciążać pacjentów za niewykorzystanie turnusu rehabilitacji. Oczywiście padł też tam przymiotnik „bezzasadne", ale my, jako organizacja działająca w sferze obrony praw człowieka, praw obywatelskich sygnalizujemy, że zwłaszcza ostatnio w dobie pandemii, gdzie warunki są trudne, szereg starszych osób jest zmuszona zrezygnować. Obserwujemy tutaj bardzo niebezpieczny trend związany najprawdopodobniej z tym, że jest to jakaś strata finansowa, bo zleceniodawca zakładowi rehabilitacji płaci za ten czas wykorzystany, a pacjent się nie zgłasza. Rozumiem, że tutaj jest pewnego rodzaju problem finansowy, ale te pieniążki i tak byłyby wydane.

Natomiast niebezpiecznym jest to, że w sposób nie do końca zasadny uznaje się, że starsza osoba zrezygnowała, czyli prosi o rehabilitację w innym terminie, a to już się uważa, że albo traci kolejkę, jak w przypadku NFZ-etu, albo tutaj pojawiła się propozycja wręcz karania jej finansową opłatą. Bylibyśmy bardzo ostrożni, bo mamy sygnały wręcz odwrotne. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie Jerzy. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Na razie nie widzę.

Muszę powiedzieć, panie dyrektorze, że też jestem troszeczkę zdumiona takimi radykalnymi stwierdzeniami, zawartymi w opisie wyników tej kontroli, bo państwo przedstawiliście raczej statystyczne wyniki kontroli.

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Tak.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Właśnie byłabym tu raczej mimo wszystko bardziej ostrożna w formułowaniu tak radykalnych wniosków. Bowiem, tak jak powiedział pan poseł Wicher, należałoby przepro-

wadzić badania jakościowe. Oczywiście ilościowe także, byłoby rewelacyjnie gdybyśmy mogli przeprowadzić w kraju te dwa rodzaje badań. One oczywiście będą czasochłonne, pracochłonne, te jakościowe szczególnie, bo one będą wymagały właśnie kontaktu z lekarzami, którzy znają pacjentów, i to oni mogą określić na podstawie narzędzi badawczych, które byłyby im dostarczone z prośbą o wykonanie takich badań. Wówczas moglibyśmy uzyskać rzetelny, wiarygodny, miarodajny obraz tego, jakie są efekty, jaka jest skuteczność rehabilitacji.

Trzymajmy się jednak tego, że mamy tutaj w tych wynikach przedstawionych przez Najwyższą Izbę Kontroli dane statystyczne, które… W mojej ocenie, oczywiście ja tutaj państwu niczego nie chcę narzucać, ale zabrakło mi też takiego stwierdzenia, że nie należy tych wyników uogólniać, bo to nie są wyniki, które miały bardzo szerokie spektrum. Znaczy, nie wyniki, tylko badania nie miały szerokiego spektrum, to jest tylko kilka miejsc w kraju, a zatem uogólnianie jest tutaj krzywdzące.

Proszę bardzo pana dyrektora o udzielenie odpowiedzi na pytania.

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Postaram się szybko odpowiedzieć na pytania. Natomiast jeżeli chodzi po prostu o niestawiennictwo w ośrodkach rehabilitacyjnych, to tutaj odpowiem dosyć krótko. Mamy na myśli te osoby, które nie stawiają się bez usprawiedliwienia, to znaczy, jeżeli osoba po prostu usprawiedliwi się, że nie może z jakichś przyczyn przyjechać, o których mówił pan poseł, to zgadzamy się, że taka osoba nie powinna płacić. Natomiast, jeżeli ktoś dostaje skierowanie, czeka na niego miejsce, nie stawia się na nie, to jak najbardziej jesteśmy za tym, żeby taka osoba w jakiś sposób poniosła konsekwencje finansowe swojego postępowania.

Jeżeli chodzi o przyjętą przez nas metodologię badań, to powiem tak, jak już pani przewodnicząca mówiła, że bardziej było to badanie statystyczne. Wyszliśmy jakby z takiego punktu założenia, że zgodnie z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z 12 października w sprawie szczegółowych zasad i trybu kierowania przez zakład ubezpieczeń na rehabilitację leczniczą oraz udzielania zamówień na usługi rehabilitacyjne lekarz orzecznik i komisja lekarska zakładu wydają orzeczenie o potrzebie leczniczej w stosunku do osoby uprawnionej, która rokuje odzyskanie zdolności do pracy po przeprowadzeniu rehabilitacji. Oznacza to, że uznając celowość skierowania na rehabilitację lekarz orzecznik ocenia, że rehabilitacja ma duże szanse na przywrócenie ubezpieczonemu pełnej sprawności. Czyli po prostu wzięliśmy tutaj przepis…

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Przepraszam, pełnej sprawności? Wie pan, to…

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Znaczy, na przywrócenie ma szansę z jakimś prawdopodobieństwem.

Teraz, panie pośle, my tutaj dalej w tym kierunku poszliśmy, że po prostu typujemy te osoby, które mają szansę na powrót na rynek pracy lub utrzymanie się na nim. Wzięliśmy jakby cztery grupy osób: po pierwsze, grupę osób, które przed rozpoczęciem rehabilitacji nie pobierały żadnych świadczeń z zakładu; grupę osób, które pobierały zasiłki chorobowe; grupę osób, które pobierały świadczenia rehabilitacyjne; a na końcu grupę osób, która pobierała renty okresowe. Chcieliśmy zobaczyć, w jaki sposób to orzeczenie o potrzebie rehabilitacji ma się do tego, że osoba, wobec której orzeczono, że rokuje szansę na uzyskanie zdolności do pracy, czy faktycznie ją odzyskała.

Tutaj, jak już było mówione, są to pewne badania statystyczne. Chociaż te badania były dosyć szczegółowo w trakcie kontroli przeprowadzane, natomiast one mają pewien charakter statystyczny. Wyszło nam z tych badań, że jeżeli chodzi o taką próbę osób, to w pierwszej grupie osób, w badanej próbie, które podlegały ubezpieczeniu społecznemu, co wydaje się oczywiste, to najwięcej było tych, które przed rozpoczęciem rehabilitacji nie pobierały świadczeń. Natomiast w przypadku dalszych prób osób, czyli w kolejnych próbach było coraz gorzej. Najgorzej nam sytuacja wyszła w przypadku tych osób, które pobierały rentę okresową. Z założenia w przypadku tego § 4 rozporządzenia, które

przywoływałem, to te osoby powinny rokować jakąś szansę. Natomiast w zdecydowanej większości przypadków te osoby, mimo że uczestniczyły w tej rehabilitacji, to jednak nie powróciły na rynek pracy, tylko albo przeszły na rentę stałą, albo dalej pobierały tam różnego rodzaju świadczenia lub po prostu wypadły z obiegu zainteresowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Jeżeli chodzi o środki rehabilitacyjne, to nie obejmowaliśmy ich kontrolą, skoncentrowaliśmy się na badaniu dokumentacji, która była dostępna w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

Jeżeli chodzi o metodologię, to już mówiłem.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam, jeśli pan dyrektor byłby uprzejmy wskazać właśnie na samą metodologię, jak to wyglądało, metodologię badań poziomu efektywności. Mnie to interesuje, bo państwo kwestionujecie…

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Na podstawie czego badaliście?

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Znaczy metodologię…

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam, i na podstawie czego, ale też sam przebieg, bo państwo kwestionujecie działania, chciałabym to wiedzieć.

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Znaczy metodologię po prostu mieliśmy w trakcie kontroli, tylko w tym momencie nie mam tego dokumentu przy sobie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Panie dyrektorze, żeby było jasne, ja pytam o metody badawcze, które państwo zastosowaliście.

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Jeżeli chodzi o metody badawcze, to po prostu badaliśmy – z tego co pamiętam, bo było już z półtora roku temu te badania przeprowadzane – to braliśmy poszczególne osoby, wśród tych osób badaliśmy, kiedy ta osoba…

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam bardzo…

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Osoby czy dokumenty?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przepraszam, panie pośle, momencik.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Osoby czy dokumenty, pani przewodnicząca?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Sekundkę, ale może ustalmy tak, żeby pan dyrektor nie czuł się niekomfortowo. Mnie interesuje metodologia, interesuje mnie również grupa badawcza, czy państwo, tak jak zapytał pan poseł, bo pan dyrektor powiedział, że braliście państwo osoby. Czy były tego typu badania prowadzone, czy badaliście państwo dokumenty?

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Zbadaliśmy dokumenty. Natomiast, jeśli pani przewodnicząca pozwoli, to metodologię przesłalibyśmy oddzielnym pismem. Dobrze?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tak, bardzo dobrze, o to chciałam pana dyrektora poprosić, żebyście państwo szczegółowo odpowiedzieli na moje pytanie.

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Szczegółowo byśmy odpowiedzieli, bo to było dosyć długo…

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

O zastosowane metody oraz o grupę badawczą.

Sekundkę, pozwólmy panu dyrektorowi odpowiedzieć.

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Dobrze. Znaczy, to ja już…

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Pan dyrektor już odpowiedział, pani przewodnicząca.

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Tak, już odpowiedziałem na to.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dobrze, a na pytanie pana doktora Sapuły?

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

To znaczy? Już chwileczkę.

Stały doradca Komisji dr n. med. Rafał Sapuła:

Ja w zasadzie, to tylko stwierdziłem, że jako lekarz mogę potwierdzić skuteczność i efektywność.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

To było stwierdzenie, dobrze. Dziękuję bardzo. Panie doktorze, tylko do mikrofonu, bo tylko wtedy, to się znajdzie w protokole, ale dziękuję bardzo, ja już wszystko wiem.

Rozumiem, że jeszcze do zadania pytania…

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Takie jeszcze uzupełniające jedno pytanie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo proszę.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Pytanie już do pana doktora jako osoby chyba najbardziej kompetentnej w tym naszym dzisiejszym spotkaniu. Czy do pana, bądź też miał pan wiedzę, że w czasie tej kontroli… Ile ona trwała, panie dyrektorze, w jakim przedziale czasowym?

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Znaczy w przedziale czasowym, rozpoczęła się chyba w kwietniu 2020 r., a skończyła się we wrześniu, czy…?

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

To pan mnie pyta? To ja pana pytam.

P.o. wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK Mirosław Miłoń:

Tak, odpowiadam, panie pośle, rozpoczęła się…

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

W najgorszym okresie tę kontrolę przeprowadziliście, to już pomijam tę sytuację, jaką mamy w kraju.

Panie doktorze, czy miał pan jakieś sygnały, że takie kontrole się odbywają? Pan jako specjalista, pańskie koleżanki, koledzy, którzy praktycznie rzecz biorąc mają największą wiedzę na starcie rehabilitacji i po rehabilitacji, czy ktoś do państwa z NIK-u zwracał się o jakieś opinie, o jakieś powiedzmy, nie wiem, zapytania wręcz, jak skutecznie spróbować określić, na ile rehabilitacja jest… Nigdy nie będzie, panie dyrektorze, skuteczna. Po każdym zdarzeniu, nie wiem czy pan doktor się ze mną zgodzi, ale w stu procentach do zdrowia praktycznie rzecz biorąc się nie dochodzi po jakimkolwiek zdarzeniu. Jak jest jeszcze rehabilitacja, to przywraca się sprawność taką czy inną, ale w stu procentach się nie wraca.

Pytanie do pana, czy pan miał taką wiedzę, że takie badania są prowadzone? Czy ktoś się zwracał do was, do grupy tych lekarzy?

Stały doradca Komisji dr n. med. Rafał Sapuła:

Na pewno takiej wiedzy nie mieliśmy, tym bardziej, że mam przyjemność być wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, a więc towarzystwa naukowego, i też do Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji takowa informacja nie wpłynęła i nie wpłynęła prośba o ewentualną pomoc w przygotowaniu metodologii badania.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Dziękuję bardzo. Już nie będę więcej zabierał głosu, ale pani przewodnicząca, jest to dla mnie co najmniej dziwne, że jeżeli idę na kontrolę, to jestem na tyle przygotowany, że przede wszystkim idę do instytucji, która za to, tak naprawdę, może odpowiada w sensie takim, że podejmuje się przywrócić tych ludzi w taki czy w inny sposób jak nie do normalnego funkcjonowania, to chociaż do częściowego. Przecież ludzie z niepełnosprawnością, po rehabilitacjach pracują i całkiem nieźle funkcjonują. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Myślę, że w świetle tego, o czym mówiliśmy do tej pory, myślę, że najbardziej miarodajne byłoby wprowadzenie badania losów pacjentów. Pewnie to też byłoby pracochłonne, ale być może to jest dobry pomysł. Natomiast z tego co słyszę z odpowiedzi pana dyrektora, wnioskuję, przynajmniej ja, że kontrolerzy Najwyższej Izby Kontroli ograniczyli się wyłącznie do badania dokumentów.

O zabranie głosu poprosił pan Piotr Winciunas, naczelny lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, dyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Orzecznictwa Lekarskiego, naczelny lekarz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Piotr Winciunas:

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca i państwo posłowie, tylko krótko wyjaśnię, bo na każdym etapie tej kontroli składaliśmy zastrzeżenia do sposobu jej przeprowadzenia. Chciałem podkreślić, proszę państwa, że w kontroli ze strony NIK nie uczestniczył żaden profesjonalista medyczny i na żadnym etapie tej kontroli nie była oceniana dokumentacja medyczna. Jeżeli kontrolerzy dokonywali do niej wglądu, to trudno mi, jako profesjonaliście medycznemu, powiedzieć, że ktoś kto nie ma wiedzy medycznej mógłby efekty tej rehabilitacji czy ocenę lekarzy orzeczników, czy komisji o potrzebie skierowania danej osoby ocenić w sposób miarodajny na podstawie przesłanek medycznych, które generalnie powinny być co do zasady przesłanką główną do kierowania takich osób.

Odpowiadając już szczegółowo panu dyrektorowi, dlaczego panu dyrektorowi w analizie wyszło, że osoby, które pobierają rentę okresową mają najniższą efektywność rehabilitacji, to jest odpowiedź bardzo prosta. Proszę państwa, jeżeli my na rehabilitację kierujemy osoby, które już a priori uznaliśmy za niezdolne do pracy z powodu naruszenia stanu funkcjonalnego, to ich stan zdrowia już jest na tyle poważny, że praktycznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa uznaliśmy, że są niezdolni do pracy. Efektywność u osoby, która a priori wchodzi już z jakimś poważnym naruszeniem sprawności organizmu, według wiedzy medycznej – a myślę, że tu nie trzeba mieć nawet wiedzy medycznej – jest taka, że ta efektywność jest zdecydowanie mniejsza.

Odnosząc się jeszcze do bardzo poważnej kwestii, którą zarzucił nam NIK, czyli wydawania orzeczeń na podstawie dokumentacji medycznej, to chciałem z całą mocą

podkreślić, że takie uprawnienie do wydawania takich orzeczeń wynika wprost z przepisów prawa. Zawsze takie orzeczenia są wydawane tylko i wyłącznie w przypadku, gdy zgromadzona w postępowaniu orzeczniczym dokumentacja medyczna jest wystarczająca do wydania orzeczenia, czyli do rozstrzygnięcia. Jeżeli takiej dokumentacji nie ma, to Zakład Ubezpieczeń Społecznych posiada odpowiednie uprawnienia, procedury, które pozwalają wystąpić do podmiotów leczniczych, w których ten pacjent jest leczony, bo taka informacja jest zbierana na salach obsługi klienta przy składaniu wniosków o świadczenia, m.in. o to świadczenie rzeczowe jakim jest rehabilitacja realizowana w ramach prewencji leczniczej. W związku z tym zawsze ta dokumentacja jest uzupełniana i dopiero wtedy wówczas lekarze nadzorujący pracę lekarzy orzeczników i komisji lekarskiej, czyli główni lekarze orzecznicy, którzy w imieniu prezesa ZUS pełnią bezpośredni nadzór, tę sprawę kierują do wydania orzeczenia. W związku z tym, te przepisy w ogóle dopuszczają wydanie takiego orzeczenia.

Rację ma pan poseł, że oczywiście jest tak, że my orzekamy tylko o potrzebie tej rehabilitacji. Czyli jeżeli z przedłożonej dokumentacji medycznej wynika, że u danego człowieka nastąpiło jakieś schorzenie i np. ja jestem internistą, bliższe mi są schorzenia kardiologiczne, jeżeli ktoś przebył zawał, miał operację kardiologiczną, to z wiedzy medycznej wynika, że ta rehabilitacja może mu pomóc. Nie trzeba tego chorego, jeżeli mamy pełnię dokumentacji, badać bezpośrednio, żeby ustalić, że on wymaga rehabilitacji w zakresie narządu krążenia. Jest to jedno.

Odnośnie do zastrzeżenia NIK-u, które mówiło o czasie skracania badania. Proszę państwa, ZUS akurat badał ten okres, w którym dostaliśmy jakby nowe zadanie dla zakładu, czyli ustalanie uprawnienia do świadczenia uzupełniającego, o którym mówił pan minister Szwed. Spowodowało to, że do zakładu w tym okresie, w którym badał NIK, wpłynęło około pół miliona wniosków o wydanie, o ustalenie czy osoby, które są niezdolne do samodzielnej egzystencji, czyli te osoby, które zgodnie z przepisami prawa wymagają opieki drugich osób w codziennej egzystencji, w samoobsłudze mają prawo do tego świadczenia uzupełniającego, czyli 500+, mówiąc już tak bardzo w skrócie. W związku z tym musieliśmy te wnioski przeprocedować po to, aby ci ludzie składając wnioski nie czekali na to świadczenie w nieskończoność. Na dzień dzisiejszy mam 255 etatów nieobsadzonych w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych przez lekarzy orzeczników. Nie muszę państwu mówić, jakie są braki kadrowe w ochronie zdrowia, bo myślę, że wszyscy, jak tu siedzimy, jesteśmy tego świadomi.

W związku z tym, nie przedłużając, pani przewodnicząca i szanowni państwo, jednoznacznie muszę stwierdzić, że niektóre wnioski NIK-u są, szczerze mówiąc, w ocenie medycznej, kompletnie nieuprawnione. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę o przedstawienie się.

Wicedyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Anna Sójka:

Anna Sójka, Zakład Ubezpieczeń Społecznych Departament Prewencji i Rehabilitacji. W zasadzie nie będę już uzupełniała stanowiska naczelnego lekarza zakładu, bo ono jakby wybrzmiało, jakie były dla nas istotne elementy, które wpłynęły na taką a nie inną ocenę Najwyższej Izby Kontroli prowadzonego przez zakład programu rehabilitacji leczniczej. Dopowiem tylko w kwestii osób, które nie stawiają się na rehabilitację i kosztów, jakie zakład ponosi bądź w zasadzie nie ponosi. Ponieważ my mamy zastosowane w umowach z ośrodkami jedno z rozwiązań, które mówi w ten sposób, że zakład płaci za faktycznie wyrehabilitowaną liczbę osób i liczbę dni, które człowiek przebywa w ośrodku rehabilitacyjnym. W momencie, kiedy on się nie stawi na rehabilitację, to zakład tych kosztów nie ponosi.

Druga kwestia, zakład już występował z propozycją zmian przepisów legislacyjnych do ministerstwa rodziny, żeby ewentualnie nałożyć sankcje na te osoby, które pobierają świadczenia z ubezpieczeń społecznych, czyli renty i świadczenie rehabilitacyjne

i nie chcą stawić się na rehabilitację, bo np. nie chciały poprawić swojego stanu zdrowia czy ewentualnie chciałyby kontynuować pobieranie tych świadczeń.

Jeszcze jedna kwestia dotycząca osób, które nie pobierają świadczeń, a korzystają z rehabilitacji i w ocenie Najwyższej Izby Kontroli jest to nieefektywne. Tak jak powiedział pan doktor Winciunas i państwo, którzy są lekarzami, na medycynie się znają, znają się na procesie leczenia, podstawą skierowania na rehabilitację leczniczą jest zawsze stan zdrowia. Czyli jeżeli lekarz orzecznik albo lekarz prowadzący leczenie, prowadzący swojego pacjenta wystawi mu wniosek o taką rehabilitację leczniczą, to zawsze podstawą jest stan zdrowia, czyli zagrożenie niezdolnością do pracy – ta niezdolność do pracy nie musi wystąpić. My prowadząc prewencję rentową mamy za zadanie zapobiegać, nie czekać aż ta dysfunkcja utrwali się na tyle, że człowiek pójdzie najpierw na zwolnienie lekarskie, potem może na świadczenie rehabilitacyjne, a w końcu może będzie na rencie i ja będę musiała go skierować. Właśnie działania prewencyjne polegają na tym, żeby taką osobę w momencie, kiedy ona jeszcze nie pobiera świadczeń długookresowych skierować na rehabilitację leczniczą. Na rehabilitację nie trafiają osoby, które są zdrowe, one zawsze za sobą mają jakąś historię, a to, że później nie pobierają świadczeń, nie pobierały przed i nie pobierają po zakończeniu rehabilitacji świadczy o tej skuteczności. Ponieważ osoba, która z tą dysfunkcją jest wychwycona na wczesnym etapie, jest w stanie na rynku pracy funkcjonować jak najdłużej bez obciążeń dla systemu ubezpieczeń społecznych. I właśnie o to chodzi, jest to ta działalność prewencyjna przekładająca się na konkretne finanse.

Zresztą w swoim raporcie państwo cytujecie, że spadek o 23% liczby dni za które ubezpieczony w rok po rehabilitacji pobierał świadczenia, czyli jest o tyle tych dni świadczeń mniej. Zmniejszyła się również liczba dni przebywania na świadczeniach wypłacanych z FUS i kwota wypłacanych świadczeń zmniejszyła się o blisko 30%. Sami państwo w raporcie o skuteczności takie dane podajecie i do takich wniosków dochodzicie, więc jakby… To tylko tak w kwestii dopowiedzenia.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Muszę przyznać, szanowni państwo, że jestem zdumiona już po odbyciu przez nas dyskusji, że ta kontrola została przeprowadzona tak naprawdę w oparciu wyłącznie o badanie dokumentów, brak wywiadów z lekarzami, ze specjalistami z zakresu medycyny. Słuchałam też uważnie tego, co mówił pan dyrektor Miłoń z NIK-u, i też zwróciłam uwagę na to, że nie odnieśliście się państwo w opisie wyników kontroli, nie zinterpretowaliście państwo tych wyników, które świadczą wprost, logicznie, tak jak przedstawiła pani dyrektor przed chwilą, o skuteczności tego procesu rehabilitacji.

Panie dyrektorze, w mojej ocenie ta kontrola jest naprawdę mało miarodajna. Przyjmuję to ze smutkiem, mam prawo do tej oceny. Przyjmuję to ze smutkiem i też jakby ciśnie się na usta pytanie o cel takich kontroli. Czy one są robione tylko po to, żeby się odbyły? Czy chcemy rzeczywiście wnikliwie zbadać pewien obszar, czy naprawdę to nas interesuje? Ponieważ powinno to być tak, że chcemy poprzez kontrole, które realizuje NIK, podnieść jakość funkcjonowania w pewnym obszarze. Tymczasem ja tego nie widzę, proszę mi wybaczyć, ale ja tego tutaj nie widzę.

Na stronie 69 w załącznikach w pkt 6 państwo przedstawiacie w tytule „Metodyka kontroli i informacje dodatkowe”, tam nie ma tej metodyki przedstawionej. Cele państwo formułujecie w postaci pytań. Przyznam się szczerze, że już nie chcę jakby dłużej poświęcać temu czasu, bo ta ocena, jak pan słyszał, ocena specjalistów z zakresu medycyny jest dla państwa jednak mimo wszystko negatywna – dla przedstawionego dokumentu.

Uprzejmie pana poproszę o uzupełnienie. Na pytania, do których pan się nie odniósł, a które padły dzisiaj na posiedzeniu Komisji, to bardzo proszę o odpowiedź na piśmie na adres Komisji Polityki Senioralnej, tak żebyśmy mogli przekazać to, wraz z panią z sekretariatu, posłom, którzy w tej Komisji pracują.

Taka moja prośba na przyszłość, o kontrole, które rzeczywiście będą miały na celu poprawę jakości funkcjonowania poszczególnych obszarów i one będą rzetelne, miarodajne. Ja wiem, że to jest też pracochłonne, ale jednak powinny być badania prowadzone, w mojej ocenie, wielowątkowo.

Jeżeli państwo nie macie już żadnych pytań… Pan poseł Wicher jeszcze, bardzo proszę.

Poseł Patryk Wicher (PiS) – spoza składu Komisji:

Przepraszam, pani przewodnicząca, ale dodam taką jedną sugestię. Wydawało mi się, że Najwyższa Izba Kontroli bazuje na tworzeniu metodologii eksperckiej. To znaczy, siadacie państwo przed wybraniem danego obszaru, zatrudniacie eksperta z danej dziedziny, konsultujecie z nim zakres i dopiero wtedy wysyłacie swoich kontrolerów z tym narzędziem badawczym czy z konkretnymi celami zarządczymi, czy kontrolnymi, czy też celowymi, z różnymi w zależności od kontroli. Natomiast, pani przewodnicząca, mam gorsze wrażenie po tej kontroli. Mam wrażenie, że tu poszła bardzo uproszczona forma na takiej zasadzie: ile zostało skierowanych, ile później wróciło, a nie wróciło. Podejrzewam, że to badanie dokumentów było bardzo pobieżne, bo nie wzięto pod uwagę nawet stanu wejściowego pacjenta, w jakim stanie jest do rehabilitacji, to co pan doktor powiedział, nie, pani dyrektor, przepraszam, że nie każdy na wyjściu/wejściu…

Rehabilitacja, to co powiedziałem, to nie są cudotwórcy, każda rehabilitacja przynosi rezultaty, proszę uwierzyć, 100% rehabilitacji przynosi pozytywne tego skutki, tylko zależy od efektu, który chcemy osiągnąć. Niekoniecznie osiągniemy efekt przywrócenia do pracy, ale na pewno polepszymy byt tego pacjenta, który się będzie lepiej czuł po tej rehabilitacji. Czy to czasowo, czy długoterminowo, to już zależy od rehabilitacji, od zacięcia też pacjenta, od jego stanu psychicznego, mentalnego, od wielu, wielu innych rzeczy. Czy będzie kontynuował tę rehabilitację, że będzie zaleceń przestrzegał. Moi drodzy państwo, jest tak dużo zmiennych, że aż trudno o tym mówić.

Natomiast do pani dyrektor tylko taka jedna mała uwaga, może nie uwaga, tylko jakby z drugiej strony, jako dyrektor placówki. Państwo nie ponosicie kosztów, ale firma, która miała przyjąć ma koszty, bo ma niewykorzystane miejsce. W moim ośrodku, z NFZ -tu np. to było prawie 300 tys. rocznie, a proszę uwierzyć, że w ośrodku obsługiwałem około 300 pacjentów – ośrodek na 300 łóżek, to jest cios w budżet. Czyli naprawdę to jest problem zarówno w NFZ-ecie, jak i u was, tzw. niedojazdy – niedojazdy systemowe, niesystemowe – ale o tym moglibyśmy mówić godzinami i tyle. Dziękuję, pani przewodnicząca.

Wicedyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS Anna Sójka:

Pozwolę sobie jeszcze tylko dopowiedzieć.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Proszę bardzo.

Wicedyrektor Departamentu Prewencji i Rehabilitacji ZUS Anna Sójka:

My pozwalamy sobie bilansować tę stratę ekonomiczną ośrodkom w ten sposób, że po pierwsze, oni wiedzą, że jak nie dojadą, to mogą wykorzystać np. na rynku komercyjnym to miejsce i ja go za to nie ukarzę. Po drugie, mamy taki mechanizm tzw. 20% więcej, czyli w momencie, kiedy po pierwszym turnusie zaczynają się tworzyć niedojazdy, ośrodek ma moce przerobowe, to na każdy następny turnus mogę dołożyć 10 do 20% więcej i wtedy wychodzimy…

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Pani dyrektor, muszę powiedzieć też odnosząc się do tego wątku, który pan poseł podniósł jako drugi i odpowiedzi pani dyrektor, że jednak mimo wszystko ten problem mamy nierozwiązany przez lata. Problem polegający na tym, że pacjenci, którzy otrzymują skierowania nie stawiają się w miejscu i nie usprawiedliwiają, nie informują wcześniej o tym, że nie będą mogli przyjechać. W poprzedniej kadencji Sejmu, kiedy również pracowałam w Komisji Polityki Senioralnej, mieliśmy nawet tej tematyce poświęcone posiedzenie wyjazdowe. Na pewno to wymaga rozwiązania. Nie mówię, że muszą to być kary finansowe, ale na pewno coś należy przedsięwziąć, żeby jednak pacjenci szanowali też innych pacjentów. Ponieważ w tym momencie niestety następuje blokowanie miejsca, a ktoś inny, kto czeka np. w trybie pilnym nie może skorzystać. Tu uprzejma prośba, żebyście się państwo nad tym pochylili.

Natomiast jeszcze tylko jeden wątek na koniec, otóż podstawowym błędem w prowadzeniu badań jest stosowanie tylko jednej metody, panie dyrektorze. Należy tę metodę, którą państwo zastosowaliście, uzupełnić o inne, żeby rzeczywiście uzyskać miarodajny wynik.

Stwierdzam, że Komisja przyjęła przedstawioną informację Najwyższej Izby Kontroli do wiadomości.

Szanowni państwo marszałek Sejmu w piśmie z 8 grudnia…

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Chciałbym uściślić, pani przewodnicząca, co to znaczy przyjęła? Ja np. nie przyjmuję tego, znaczy, żeby to sprecyzować.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

To uprzejmie proszę, bo nie padł żaden wniosek, panie pośle, a zatem, jeżeli jest jakiś wniosek, który pan poseł zechciałby złożyć, to słuchamy.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Mówię w swoim imieniu, nie jestem lekarzem specjalistą orzecznikiem, ale mam do czynienia z ludźmi, którzy takie rehabilitacje przechodzą i rozmawiam z nimi często, a nawet i w biurze. Uważam, że ten raport NIK-u, w tym wymiarze, jaki w tej chwili jest, dla mnie jest nie do przyjęcia. Ja tego nie wiem, czy procedury są, pani przewodnicząca, czy my, jako Komisja, mamy obowiązek przyjąć raport NIK-u, czy po prostu zgłosić uwagi, że Komisja ma zastrzeżenia co do… Może tak, treści raportu, a te zastrzeżenia były pokazane w trakcie dyskusji dotyczące chociażby metodologii, to co pani bardzo mocno podkreślała. Prosiłbym tutaj panią jako przewodniczącą, żebyśmy znaleźli jakąś formułę, bo dla mnie ten raport jest nie do przyjęcia. Możemy przyjąć tylko sytuację taką, że raport został przedstawiony, natomiast o przyjmowaniu raczej nie ma mowy.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Panie pośle, to jest dokument, który został skierowany do prac Komisji i tutaj nie ma takiej procedury, żeby głosować nad jego przyjęciem bądź nie. My go wysłuchujemy. Dlatego jest taka formuła ogólna, która jest stosowana podobnie jak w tych wcześniejszych informacjach…

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Jednak padło słowo przyjęcie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Przyjęła do wiadomości. Nie przyjęła w sensie zaakceptowania, ale jeżeli pan poseł ma takie życzenie, to możemy sformułować uwagi Komisji Polityki Senioralnej.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Tak, w wyniku…

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

To bardzo proszę, panie pośle o zaprezentowanie.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Trudno mi teraz wszystkie te uwagi zebrać. Stenogram z tego posiedzenia Komisji jest, to jest nagrywane.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tak.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

W związku z tym wszystkie te uwagi, które były tutaj wskazane w czasie dyskusji, uważam, że powinny być dołączone do tej formułki, którą pani przewodnicząca przed chwilą przedstawiła, że z uwagami, które wynikały w czasie dyskusji nad raportem.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Oczywiście, tak.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

I wnioskiem samej pani przewodniczącej o uzupełnienie chociażby metodologii, pokazania metodologii pracy.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tak. Panie pośle, właściwie to należałoby tę kontrolę przeprowadzić raz jeszcze, przynajmniej w mojej ocenie, uzupełniając właśnie o wywiady z lekarzami i tak naprawdę w pewnej formie badanie losów pacjentów. Czyli to, co było opowiedziane tutaj, że badanie pacjenta na początku przed podjęciem przez niego rehabilitacji leczniczej i po zakończeniu. Tak? Stąd moja prośba. Oczywiście przychylam się do wniosku pana posła.

Czy ktoś z państwa posłów jest przeciw? Nie słyszę. Oczywiście, jak najbardziej.

Poproszę uprzejmie, aby sekretariat na podstawie stenogramu przygotował te uwagi, wypisane, że Komisja przyjęła przedstawioną informację Najwyższej Izby Kontroli do wiadomości z uwagami i prośbą o uzupełnienie materiału. Bardzo dziękuję za wniosek.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Ja bym powiedział, Komisja wysłuchała, nie przyjęła, wysłuchała.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tak, ale panie pośle, musimy się trzymać formuły.

Poseł Zbigniew Babalski (PiS):

Ta formuła musi być, tak?

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Tak. Przyjęła do wiadomości z uwagami bądź zastrzeżeniami.

Jeśli państwo pozwolą, to teraz ja dopełnię procedury ze swojej strony.

Marszałek Sejmu w piśmie z 8 grudnia w związku z art. 150 ust. 1 pkt 1 regulaminu Sejmu zwróciła się do przewodniczących komisji sejmowych o sporządzenie planów pracy komisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2022 r. W związku z tym uprzejmie proszę państwa posłów o zgłaszanie propozycji do planu pracy mailowo do sekretariatu Komisji do 27 grudnia. Adres państwo znacie, ja go przypomnę kpsn@sejm.gov.pl.

Szanowni państwo, ponieważ to jest nasze ostatnie posiedzenie Komisji przed świętami Bożego Narodzenia, które już za chwilę, to pozwólcie państwo, że złożę najlepsze życzenia zdrowych, spokojnych świąt, aby były one również rodzinne i zdrowe. Wszystkiego dobrego również w nowym roku dla państwa, dla państwa rodzin i przede wszystkim dla naszych kochanych seniorów, wszystkiego co najlepsze na Boże Narodzenie. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.